

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

86 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean PUISSANT

Né le 24 Avril 1889, Olliergues (Puy-de-Dôme)
Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FIÈVRE DANS LES HÉPATITES
SYPHILITIKES TERTIAIRES

Président : M. GILBERT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAUVIGNE, 2

1922

৩৪

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1922

THÈSE

POUR LE

N°
86

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean PUISSANT

Né le 24 Avril 1889, Olliergues (Puy-de-Dôme)

Chevalier de la Légion d'Honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

FIÈVRE DANS LES HÉPATITES
SYPHILITQUES TERTIAIRES



Président : M. GILBERT, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1922

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER

ASSESEUR : M. POUCHET

PROFESSEURS.

MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNEO
Physiologie	Ch RICHET
Physique Médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DÜVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
	MARFAN
	NOBECOURT
Hygiène et clinique de la première enfance	CLAUDE
Clinique des maladies des enfants	JEANSELME
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	P MARIE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	TEISSIER
Clinique des maladies du système nerveux	DELBET
Clinique des maladies contagieuses	GOSSET
Clinique chirurgicale.	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	GOUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J. L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino laryngologie	SEBLEAU

Agrégés en exercice

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RETERER
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEHEBOULLET	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	ROUSSY
BRANCA	GUILLEMINOT	Le LORIER	ROUVIERE
CAMUS	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ A.
CHIRAY	GUILAIN	MATHEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (HENRI)	MULON	VILLARET
DESMAREST	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de reconnaissance
et d'affection.*

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. BAUDOUIN

*Que nous remercions de l'accueil
bienveillant qu'il nous a fait
au sanatorium de Brevannes,
où il a bien voulu nous prendre
comme interne.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DUMONT

*Sous la direction bienveillante de
qui nous avons élaboré notre
thèse.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR GILBERT

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE CLERMONT-FERRAND

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

INTRODUCTION

Nos connaissances sur les affections syphilitiques du foie sont de date récente. Les médecins des XV^e et XVI^e siècles avaient déclaré, cependant, que le foie devait nécessairement être lésé au cours de la syphilis, en raison du rôle prédominant que depuis Galien on faisait jouer à cette glande, rôle qui la destinait à être atteinte dans les maladies « qui corrompent les humeurs ».

C'est avec Tomitanus (1563) que se trouve pour la première fois signalée une lésion hépatique, constatée à l'autopsie d'un syphilitique sous l'aspect d'une « sorte de gale et pustule sur le foie ».

Astruc au XVIII^e siècle mentionne que le foie engorgé par la syphilis est parfois induré ou squirrheux.

Au XIX^e siècle les notions se précisent avec les recherches de Portal, Rayer, Ricord, Dietrich, Gubler qui font époque dans la syphilis du foie.

Viennent ensuite les travaux remarquables de Leudet sur les manifestations symptomatiques de la syphilis profonde. Cet auteur fait ressortir les principaux

caractères des affections syphilitiques viscérales et montre notamment tout ce qu'il y a de varié et d'inattendu dans le tableau clinique de ces affections.

A cette époque remontent également les recherches remarquables de Virchow sur l'anatomie pathologique de la syphilis hépatique qui furent continuées en France surtout par Lancereaux qui décrit et interprète à leur vrai sens les cicatrices stellaires.

La clinique de la syphilis du foie n'a pas été aussi heureuse que l'anatomie pathologique, quoique un grand nombre de mémoires de grande valeur aient été publiés tant en France qu'à l'étranger.

« C'est, qu'en effet, l'histoire clinique de la syphilis hépatique est pleine d'incertitudes et de lacunes d'autant plus regrettables qu'il s'agit ici de lésions dont le diagnostic exact permet d'obtenir la guérison, mais bien souvent ce diagnostic ne peut être que soupçonné... il est presque toujours très obscur et bien des cas certainement passent inaperçus. (Chauffard) ».

Si l'on parcourt la littérature de la syphilis du foie on peut constater qu'il n'existe pas un seul symptôme pathognomonique de cette affection. Ni la tuméfaction de l'organe, ni l'ictère, ni l'ascite ne sont des signes constants et certains. Dès lors, on ne s'étonne plus qu'un clinicien sagace tel que Frérichs ait pu dire qu'on n'a le droit de porter le diagnostic de syphilis du foie que s'il existe d'autres symptômes concomitants et certains de la vérole.

Dans ces dernières années un certain nombre de faits

ont été publiés tendant à faire ressortir l'importance de la fièvre dans les affections syphilitiques tertiaires du foie. Nous avons pensé faire œuvre utile en groupant les observations se rapportant à la syphilis hépatique tertiaire fébrile.

CONSIDÉRATIONS ETIOLOGIQUES

Les lésions du foie dans la syphilis comptent parmi les déterminations viscérales les plus graves de la maladie. D'une fréquence extrême dans la syphilis héréditaire, elles appartiennent surtout à la période tertiaire de la syphilis acquise. On sait au reste (Fournier) que les accidents tertiaires peuvent être notablement plus précoces qu'on ne le croyait autrefois et s'observent quelquefois dans le courant de la deuxième ou de la troisième année.

Néanmoins pour les hépatites syphilitiques fébriles il semble que l'infection doit être plus ancienne. Dans les observations que nous rapportons, les incidents hépatiques sont arrivés plus ou moins longtemps après l'infection initiale : 6 ans obs. XV, 8 ans Obs. XIX, 10 ans obs. XI et XIII, 24 ans obs. XVII, 27 ans obs. XX, pas moins de 40 ans dans l'obs. III.

C'est donc une affection de la période tardive de la syphilis qui se rencontre rarement avant trente ans, rarement aussi après cinquante. Mac Crae signale cependant

quatre cas chez des jeunes gens de vingt ans, et le malade de Migliorato avait 64 ans.

Quant à la race un nombre énorme de cas s'observeraient chez les races colorées et surtout chez les femmes de couleur. Dans les races blanches la fièvre syphilitique tertiaire se rencontre surtout chez l'homme adulte, tandis que la fièvre secondaire est plus fréquente chez les femmes jeunes et nerveuses (Fournier).

Dans tous les cas sauf un (obs.XI) les malades n'avaient pas suivi de traitement ou un traitement de quelques semaines au moment de leur chancre initial et n'avaient plus pensé depuis cette époque à leur affection syphilitique.

Beaucoup de malades sont des anciens paludéens, ont été plus ou moins atteints de tuberculose pulmonaire, d'autres ont eu la dysenterie amibienne ; la plupart faisaient un usage immodéré de l'alcool.

Il semble en effet que toutes les causes susceptibles d'altérer le fonctionnement ou la texture du foie soient capables de jouer vis-à-vis de la syphilis hépatique le rôle de causes prédisposantes, application de cette loi générale qui localise les germes pathogènes dans les endroits de moindre résistance. On a signalé à cet égard le rôle des intoxications, des infections hépatiques antécédentes, ictère, lithiase biliaire, de la dysenterie amibienne, des infections générales ; paludisme, tuberculose, des émotions violentes (Talamon).

Les syphilis ignorées ou mal soignées semblent les plus fécondes en accidents hépatiques fébriles dont nous avons pu colliger 22 observations.

ÉTUDE SYMPTOMATIQUE

La forme fébrile de la syphilis tertiaire du foie est, avant tout, caractérisée par une fièvre prolongée affectant des types variés, avec ou sans atteinte de l'état général, par des modifications de volume du foie et de la rate, par son extrême sensibilité au traitement anti-syphilitique.

Dans toutes nos observations le réveil de l'infection syphilitique s'est manifesté en effet par des accès fébriles journaliers, le plus souvent mal caractérisés, se produisant surtout le soir accompagnés ou non de frissons et de sueurs. C'est fortuitement que le malade s'aperçoit d'une certaine chaleur qui vient l'assaillir régulièrement le soir, il prend sa température et constate qu'elle est à 38°5 ou 39. Cette fièvre peut apparaître sans prodromes spéciaux, dure quelques heures et s'évanouit dans la nuit.

Le lendemain à son réveil le malade n'éprouve aucun malaise, pas le moindre abattement physique ou psychique ; la plupart des malades dont nous publions les

observations vauquaient à leurs occupations journalières pendant les débuts tout au moins de la période fébrile.

Cette fièvre vespérale ou nocturne a déjà été signalée par Fournier au cours de la syphilis secondaire ; il n'y a donc rien d'étonnant à ce que l'on retrouve la même forme fébrile, produite par le même agent spécifique à une période plus tardive de la syphilis.

Pendant longtemps, et malgré la fièvre, l'état général peut rester parfait ; pourtant, à la longue, survient un amaigrissement progressif avec perte des forces.

Si le traitement antisypilitique n'intervient pas, le malade s'achemine peu à peu vers la cachexie. C'est la période des erreurs de diagnostic ; en présence d'un malade amaigri, au teint terreux, on songe à une tumeur maligne, cancer du foie ou de l'estomac ; si on prête attention à la température on pense à une affection chronique tuberculeuse ou autre.

Ces malades au facies pâle, au teint terreux ont parfois du subictère ; mais dans aucune de nos observations nous n'avons noté le gros ictère des cirrhoses biliaires syphilitiques type Hanot.

Le retentissement sur les fonctions digestives est variable, l'inappétence, l'anorexie, les lenteurs de la digestion gastrique sont les troubles les plus fréquents, mais la langue n'est presque jamais saburrale malgré l'existence d'un accès fébrile journalier.

Les malades éprouvent une sorte de gêne douloureuse ou même rarement une douleur assez vive et persistante au niveau de la base du thorax, s'exagérant à la toux et aux inspirations profondes, et très probablement

due à la périhépatite ou à la pleurésie concomitante, que celle-ci soit spécifique ou simplement réactionnelle (Obs. XV).

Le foie est presque toujours augmenté de volume, et lorsqu'il est fortement hypertrophié, il se développe par une surélévation du bord supérieur et un abaissement du bord inférieur. Ce déplacement du bord inférieur est quelquefois considérable : Obs. VI, VII et XVIII. Dans un seul cas, obs. I le foie était plutôt petit.

La surface de l'organe est tantôt et le plus souvent lisse, tantôt irrégulière ou même bosselée. Dans certains cas l'hypertrophie ne porte pas également sur toutes les parties du foie : lobe gauche : Obs. XVI, lobe droit : Obs. XVIII.

A l'examen, la palpation et la pression du foie sont peu douloureuses. On observe quelquefois du météorisme abdominal, de l'ascite libre, un léger réseau veineux dans la région inférieure de l'abdomen : Obs. IV, V et XX.

La rate est dans presque tous les cas augmentée de volume. Obs. IV, V, VI, VII, XII, XIII, XIV, XV, XIX, et, quand elle est palpable, paraît nettement accrue de consistance. Dans les deux observations X et XI la rate seule était hypertrophiée.

La formule leucocytaire est généralement normale, on a pourtant signalé une légère hyperleucocytose (Obs. XV).

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine mais elles sont riches en urobiline. La réaction de Hay a été positive dans un seul cas Obs. XV et encore de façon passagère.

Dans un cas : Obs. XX, on a noté des signes hémorragiques d'insuffisance hépatique : gencives saignantes, épistaxis, taches purpuriques sur les membres inférieurs, des hémorragies rectales du type hémorroïdaire : hémorragies rectales très tenaces peu influencées par le traitement anti-syphilitique. Elles n'ont cédé qu'aux lavements de sérum gélatiné, alors que toutes les autres hémorragies n'existaient plus quelques jours après le début du traitement spécifique.

L'hépatite syphilitique tertiaire fébrile semble évoluer par poussées successives plus ou moins rapprochées. Au début, des périodes d'amélioration spontanée pendant lesquelles le sujet peut vaquer à ses occupations succèdent à des poussées fébriles concordant avec une légère augmentation du foie et de la rate, quelquefois un peu d'ascite. Puis le foie et la rate diminuent, l'ascite peut disparaître spontanément, la température redescend presque à la normale.

Mais si les accès fébriles se répètent, l'amaigrissement augmente de jour en jour, le malade est bientôt réduit à l'état de squelette, les traits sont tirés, les yeux excavés la coloration de la peau d'un jaune terreux. L'insomnie, les sueurs diurnes et nocturnes apparaissent, l'appétit est nul : Obs. XIX. On arrive ainsi à la période cachectique avec ascite très volumineuse ayant quelquefois nécessité plusieurs ponctions : Obs. IV et V ; œdème des membres inférieurs : Obs. I et la mort survient dans le marasme.

Si le traitement antisiphilique est institué dès le début des accès fébriles, on observe une chute durable de

la température, avec diminution de volume du foie et de la rate ; l'ascite disparaît quand elle existe. L'état général s'améliore rapidement, l'appétit renaît parfois impérieux et le malade reprend son poids normal.

Certains sujets revus après dix ans : Obs. II et XXI *bis* ont toujours conservé une santé parfaite après un traitement spécifique convenable.

Dans beaucoup de cas le foie reste, malgré le traitement plus gros que normalement, perceptible à la palpation, de consistance dure : Obs. XV et XX ; les lésions semblent alors définitives, mais compatibles avec un fonctionnement normal de la glande.

DE LA FIÈVRE DANS LES HÉPATITES SYPHILITQUES TERTIAIRES

Malgré les idées encore en cours que la température élevée ne caractérise pas la période tertiaire de la syphilis et que le manque de fièvre est au contraire capital dans le diagnostic, la fièvre peut apparaître dans la période tardive de la syphilis, comme l'expression de l'activité du tréponème pâle et de ses toxines ; elle ne dépend pas obligatoirement des modifications décelables dans les viscères qui peuvent d'ailleurs se manifester en même temps.

L'hépatite syphilitique est certainement parmi les lésions viscérales tertiaires celle qui s'accompagne le plus fréquemment de fièvre.

Déjà Hérard en 1864 avait signalé de petits accès de fièvre se montrant surtout le soir chez une malade morte de syphilis hépatique : Obs. I.

Wunderlich avait attiré l'attention sur ce fait en ces termes : « Dans certaines affections caractérisées par leur début aigu et leur localisation dans le foie, la température affecte une courbe analogue à celles de certaines

affections microbiennes ; mais cette courbe est moins régulière... En général de fortes rémissions matinales alternent avec des exacerbations vespérales plus ou moins accentuées. »

En 1894 Hirschberg et Raïchline publient un cas de syphilis hépatique tertiaire simulant au début une fièvre thyphoïde. Puis viennent les travaux de Gerhardt sur la syphilis du foie chez l'adulte. A partir de cette date, 1898, les observations deviennent de plus en plus nombreuses et la syphilis hépatique tertiaire fébrile donne lieu à de nombreuses publications tant en France qu'à l'étranger.

Le trait caractéristique de la fièvre dans la période tardive de la syphilis est sa longue durée : jusqu'à près de vingt ans. Obs. X.

Un deuxième caractère très important est sa résistance à tous les antithermiques ; dans aucun cas cette fièvre n'a été influencée par les médicaments usuels (quinine, antipyrine, pyramidon, cryogénine).

Fait encore plus digne d'intérêt, c'est qu'elle cède dès le début d'un traitement anti-syphilitique.

Le type de la courbe thermique n'est pas caractéristique ; on a observé le *type continu* : Obs. IV et XIX, le *type rémittent* : Obs. I et II ; le *type intermittent* : Obs. III, V, VI, VII, X, XI, XII, XIII, XIV et des *types irréguliers* : Obs. XV, XVI, XVII, XVIII, XX.

D'après Mac Crae, le type continu ne dépassant pas 38° le soir, s'observerait surtout au début des cas d'hépatite syphilitique hypertrophique régulière, avec foie un peu plus volumineux que normalement, mais indolore,

de consistance normale à la palpation, ne présentant ni encoche ni bord mousse. L'état général reste parfait pendant très longtemps avec seulement quelques légers troubles dyspeptiques qui inquiètent le malade et le décident à venir demander des soins médicaux.

Mais le plus souvent la courbe thermique est des plus irrégulières, pouvant simuler toutes sortes d'affections ; de là sans doute les erreurs de diagnostic si fréquentes.

Pour bien se rendre compte des différentes étapes de la fièvre dans les hépatites syphilitiques tertiaires, il faut se reporter aux cas soumis à une très longue observation avant que le diagnostic posé et le traitement institué ne l'ait fait disparaître.

Si nous examinons les courbes de température enregistrées pendant une longue période, de la maladie, avant l'intervention du traitement anti-syphilitique, nous faisons les remarques suivantes :

La courbe thermique prise dans son ensemble représente une fièvre des plus irrégulières, ne répondant à aucune description classique. On observe quelques rémissions, qui ne se produisent pas, certes, d'une façon cyclique ; mais dans son ensemble cette courbe donne l'impression d'une fièvre ondulante à cycles irréguliers avec rémissions complètes ou incomplètes entre les différents cycles : Obs. XV, XVI, XIX, XX. D'autre part de nombreuses oscillations aussi inattendues que possible viennent agrémenter la période cyclique.

Sur ces mêmes courbes vues par petits fragments nous retrouvons l'explication de toutes les erreurs, les hésitations qui ont dû se produire avant que fût posé un

diagnostic ferme. On se rend très bien compte, en effet, qu'un malade observé pendant quelques jours seulement avec une courbe de température comme celle des Obs. XIX (courbe du 24 au 28 août), obs. XVII (courbe du 2 au 9 octobre) éveille tout de suite l'idée d'une affection aiguë telle que la fièvre typhoïde.

Dans la plupart de nos observations la courbe thermique donne l'impression d'un mélange de fièvre rémittente et intermittente tout à fait anormales. A certains moments la fièvre devient très irrégulière à grandes oscillations simulant à s'y méprendre une fièvre de poussée évolutive tuberculeuse.

Si nous examinons de plus près cette courbe thermique à grandes oscillations, nous voyons qu'elle présente fréquemment le type inverse : trois fois obs. XVIII, cinq fois dans l'obs. XIX du 27 août au 27 septembre, pas moins de seize fois du 9 juin au 16 juillet dans l'obs. XX et cela surtout pendant la grande poussée fébrile du 1^{er} au 16 juillet.

C'est en vain que la médication antithermique a été tentée ; quinine, antipyrine, pyramidon, cryogénine sont restés sans effets sur une fièvre qui survenait chaque jour de plus en plus irrégulière et de plus en plus élevée. Mais le fait le plus important est que cette fièvre qui avait résisté des mois et des années à toutes les médications cédait à la première injection d'un médicament antisyphilitique. Dès les premières injections de cyanure, de biiodure ou de néosalvarsan, la courbe thermique devient normale et s'y maintient par la suite ; dans un seul cas : obs. V le traitement est resté sans résultat,

Quelquefois on a observé une réaction de Herxheimer obs. XIII ; et obs. XX. Une légère recrudescence de la fièvre a été signalée entre deux séries d'injections obs. XVIII ; mais la fièvre cède toujours et définitivement après un traitement suivi et suffisant.

*
* *

Diverses théories ont été émises pour expliquer la fièvre au cours des hépatites syphilitiques tertiaires. Gerhardt en 1898 écrivait : « Il n'est guère possible de dire pour le moment si l'ascension thermique relève de l'agent pathogène de la syphilis, ou si l'on doit admettre l'invasion de microbes étrangers, toutefois la courbe de température pourrait faire supposer la présence de strepts... Quoiqu'il en soit, il ne faut pas oublier qu'en raison de sa structure histologique et de ses propriétés physiologiques, le foie est une source fréquente de pyrexies. Au point de vue anatomique, il faut tenir compte de la faible barrière épithéliale des voies biliaires et du chétif réseau conjonctif de l'organe, au point de vue fonctionnel le foie représente le principal laboratoire de l'organisme et remplit les buts les plus divers. Certaines affections généralement apyrétiques, comme le cancer peuvent produire quand elles siègent dans le foie des élévations de température passagères et irrégulières. Aussi la fièvre qui s'établit dans la syphilis hépatique acquiert-elle une certaine importance au point de vue du diagnostic entre cette affection et les abcès du foie ».

Fournier dans son *Traité de la Syphilis Tertiaire* attri-

bue cette fièvre aux mêmes causes. « Il est vraisemblable dit-il, que cette fièvre relève, soit de complications accidentelles, soit d'infections associées, peut-être aussi de la fonte purulente des gommes envahies secondairement par des microbes pyogènes ».

Il est à remarquer que nombre de malades atteints de syphilis hépatique fébrile ont habité les pays chauds ; certains d'entre eux ont été entachés de paludisme, de tuberculose, ont eu la dysenterie amibienne, et dans ces cas on a attribué la température à une infection surajoutée.

Malgré cela, il est difficile de ne pas admettre la pathogénie spécifique de cette fièvre. Sans doute pourrait-on théoriquement suspecter le rôle d'infections surajoutées. Mais en tenant compte de l'action si fidèle et si rapide du traitement spécifique sur des fièvres récentes ou ayant résisté pendant des mois et des années à tous les traitements, nous sommes obligés d'admettre qu'il existe une espèce de septicémie ou de toxémie syphilitique suivant que l'on attribue la fièvre au tréponème lui-même ou à ses toxines.

Nous reportant aux récentes publications de MM. Gilbert, Chiray et Coury, aux dernières recherches bactériologiques sur les lésions syphilitiques et sur celles dites jadis parasymphilitiques, nous inclinons à croire que la fièvre syphilitique est bien une manifestation de l'activité du tréponème et de ses toxines. Nous croyons que, si à une certaine période de son évolution, celui-ci perd beaucoup de sa virulence extérieure, pourrait-on dire, et se dépouille de ses affinités cutanéomuqueuses, il

acquiert, par contre, des affinités particulières pour les organes profonds, sur lesquels il reporte toute la virulence de la période dermatrope de son évolution.

Une des manifestations trop souvent méconnues du viscérotropisme d'évolution du tréponème pâle est, à notre sens, la fièvre syphilitique tertiaire. Nous croyons que nombre de lésions syphilitiques tertiaires sont fébriles à certaines phases de leur évolution et une étude systématique de la température chez les anciens spécifiques permettrait de déceler fréquemment une fièvre que, toute autre affection fébrile étant éliminée, pourrait seul expliquer le travail silencieux ou bruyant du tréponème viscérotrope.

Quoi qu'il en soit, il est des syphilis viscérales, il est, en particulier, des hépatites syphilitiques jeunes et partant en pleine activité, qui, d'allures insidieuses, sont, pendant très longtemps fébriles. Dans ces conditions, nous estimons que la fièvre est un symptôme heureux qui, certainement, dans un grand nombre de cas, apparaît longtemps avant que la viscéropathie spécifique ne révèle son existence par des symptômes physiques ou fonctionnels. L'intérêt de cette notion ne saurait échapper à personne.

La fièvre syphilitique tertiaire, quand elle est rapportée à sa véritable cause, acquiert ainsi, en dehors de sa haute portée diagnostique, un caractère quasi providentiel, puisque, par l'institution rapide du traitement spécifique, elle permet d'arrêter la marche d'une syphilis viscérale d'autant plus dangereuse, qu'elle est silencieuse dans son évolution ou masquée dans sa symptomatologie.

Pour cela, il faudrait que disparaisse enfin le dogme de la syphilis, maladie apyrétique à ses stades avancés, dogme que nous croyons très dangereux et à la base des plus regrettables erreurs de diagnostic.

Il faudrait que désormais, à l'opposé de la doctrine communément admise, la constatation d'une fièvre prolongée suscite dans notre esprit non plus seulement l'hypothèse dont on a tant abusé de tuberculose pulmonaire ou ganglionnaire, mais aussi celle de syphilis latente ou évolutive.

OBSERVATIONS

Obs. I. — HÉRARD (*Soc. méd. hôp.*, 23 avril 1864).

La nommée D... âgée de 36 ans, entre à l'hôpital Lariboisière le 22 mars 1864, avec les signes les plus caractérisés de la cachexie syphilitique, dont le début paraissait remonter à plusieurs années.

On constate, en effet, sur plusieurs points du corps des cicatrices blanches, légèrement déprimées, à bords festonnés, ayant succédé à une éruption de boutons qui s'étaient ulcérés. Il y a des ulcérations taillées à pic sur les amygdales, le pharynx, avec destruction d'une partie de la luette et de l'épiglotte.

La malade est complètement aphone depuis quatre mois. Elle est pâle et très amaigrie, se plaint de douleurs nocturnes dans les membres.

La peau du corps présente une teinte terreuse avec coloration subictérique des sclérotiques.

Ce qui attire surtout l'attention, c'est un anasarque peu prononcé des extrémités inférieures et une ascite assez considérable qui s'est développée depuis quelques mois.

Cette ascite ne permet pas de délimiter très nettement le foie qui paraissait toutefois plutôt diminué et dur.

Pas d'albumine dans les urines.

Pas de toux, d'expectoration ni d'hémoptysie antérieure.

La malade n'avait fait aucun traitement spécifique ; elle fut mise à l'usage des pilules mercurielles et de l'iodure de potassium.

Amélioration légère mais de courte durée.

Bientôt le ventre prend des proportions de plus en plus considérables. De petits accès de fièvre se montrent surtout le soir. La diarrhée survient et la malade succombe le 22 avril 1864.

Autopsie.— Le foie est petit, bosselé, avec des granulations cirrhotiques et des adhérences avec le diaphragme. Nombreuses gommès et dépressions cicatricielles.

Obs. II. — C. GERHARDT (*Semaine médicale*, 1898).

Un jeune homme de constitution robuste offrait depuis des semaines une ascension thermique se produisant vers le soir comme chez un phtisique.

Les poumons furent trouvés indemnes ; mais le foie dur et volumineux formait une saillie inégale et très prononcée sous le rebord costal droit.

A gauche sur le front une tumeur dure, de la grosseur d'une noisette, existant depuis longtemps au dire du malade.

Une syphilis antérieure était probable mais non démontrée.

Institué immédiatement, le traitement mercuriel fit en peu de jours cesser la fièvre.

Cette guérison qui remonte à dix ans s'est maintenue depuis lors.

Obs. III. — ANTONINO MIGLIORATO (*Settimana Medica Dello Sperimentale*, 26 novembre 1898)

F... Z... 64 ans, négociant de Messine.

A. H. — Parents morts de vieillesse. Deux sœurs mortes d'affections intestinales ; huit frères dont sept morts, un bien portant.

A. P. — Pas de maladie d'enfance. A 21 ans blennorrhagie. A 23 ans chancre unique, induré à la verge. Pas de polyadénite ni de manifestations cutanées par la suite. A 29 ans, le malade se marie, a cinq enfants dont 4 sont morts en bas-âge ; une fille vit, est mariée, a des enfants bien portants.

Sa femme meurt de maladie. F. se remarie, a encore six enfants. Quatre couches furent normales, un seul enfant est vivant, âgé de 17 ans et idiot. Les trois autres moururent l'un de choléra, les autres de maladie. Deux fausses-couches, une de trois, l'autre de six mois.

Fin septembre 1896, le malade, sans causes appréciables, s'aperçoit d'une certaine chaleur qui vient l'assaillir régulièrement le soir, si bien qu'il prend sa température pendant quelques jours. Elle montait avec de légères variations à 38 quelquefois à 39,3.

Cette fièvre apparaissait sans prodromes spéciaux, durait environ six heures et s'évanouissait la nuit avec des sueurs. Une telle élévation de température ne lui produisait pas d'abattement physique ou psychique.

Le malade fut d'abord soigné pour malaria, mais ne tira aucune amélioration de la cure de quinine. Ensuite pour tuberculose, mais la température qui avait disparu les quatre premiers jours de vie à la campagne recommença plus forte que jamais.

Tel était l'état de Z... en juin 1897, et l'examen pratiqué à cette époque donne les résultats suivants : Teinte terreuse de la peau, muqueuses pâles, pouls petit, régulier, un peu fréquent, respiration calme. Température fébrile le soir.

Tête. — Sclérotique jaunâtre, pupilles réagissant à la lumière, pas de troubles de l'accommodation.

Cou. — Rien de particulier.

Thorax. — Léger emphysème des bases.

Abdomen. — Subjectivement : lourdeur dans l'hypocondre droit après l'ingestion des aliments.

Objectivement : Quelques éphélides sur la peau du ventre, ligne blanche plus colorée que normalement.

Dans l'hypocondre droit on trouve à la palpation une tumeur à bords mousses et tranchants par places, débordant le rebord costal de quatre travers de doigt, et coupant la ligne xypho-ombilicale à son tiers inférieur, s'enfonçant sous l'arc costal gauche vers la ligne para-sternale.

Ce bord dur et douloureux à une pression forte est mobile dans les grandes inspirations.

La surface de la tumeur est bosselée, les saillies sont dures, d'une dureté de pierre, indolentes ou presque, non ombiliquées.

Le bord supérieur du foie est sous le bord supérieur de la sixième côte, le bord gauche à six centimètres de la ligne médio-sternale. La sensation de résistance à la palpation est maximum, l'auscultation ne révèle rien d'anormal.

L'aire splénique paraît augmentée, son bord inférieur apparaît sous l'arc costal, il est dur, coupant, indolore. Le bord supérieur est dans le septième espace sur la ligne axillaire médiane.

L'aire gastrique est normale.

Membres. — Quelques cicatrices étoilées, entourées d'une zone pigmentée sur les membres inférieurs.

Urines. — L'examen révèle une quantité notable d'urobiline et de légères traces de bilirubine ; pas de sucre ni d'albumine.

Evolution. — Après la quatrième injection de sel mercuriel, la fièvre cesse complètement et il se produit une amélioration tellement sensible dans l'état général du malade qu'il avait repris huit kilogs à la fin de la série de piqûres.

Obs. IV.—FLEXNER (*New-York Medical Journal*, janvier 1902).

Homme de 52 ans malade depuis trois ans, fut pris subitement de vomissements, accompagnés de selles irrégulières pendant plusieurs jours.

A l'examen on trouve une rate débordant le rebord costal de neuf centimètres.

La température est aux environs de 38°,5.

L'urine renferme des pigments biliaires, pas de sucre ni albumine.

Situation stable pendant plusieurs mois.

La tumeur splénique fond, mais l'ascite apparaît.

Pendant deux ans ponctions fréquentes.

Autopsie. — Large gomme hépatique, ulcère syphilitique de l'estomac avec perforation ; vieilles adhérences entre le foie, l'estomac, la rate.

Obs. V. — CAUSSADE et MILHIT (*Soc. Méd. Hôp.*)

20 octobre 1905)

Histoire très complexe d'un malade. On a pensé successivement à : dyspepsie gastrique, tumeur du rein gauche, puis splénomégalias diverses.

Un ictère à poussées successives, de l'hypertrophie du foie, de l'ascite étant survenus, on a accusé ; le paludisme, la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, dont le malade était atteint.

Cette affection a évolué entre 32 et 37 ans.

A six ans, accès de fièvre intermittente. En 1889 deux chancre indurés reconnus syphilitiques par un médecin. Fièvre typhoïde à 19 ans, puis tuberculose à 33.

En 1903, syndrome hépato-splénique. Le foie dépasse peu le rebord costal. Ascite, ictère cholurique à deux reprises, urobiline dans les urines.

Cette affection a été fébrile d'une manière intermittente. La fièvre apparaissait et disparaissait avec l'ictère, et ne se montrait jamais en dehors des attaques de jaunisse.

Le traitement mercuriel est resté sans résultat.

Obs. VI. — CASTAIGNE (*Bulletin Médical*, 20 octobre 1912)

Homme âgé de 31 ans, médecin, est pris en février 1909

d'un spasme de la glotte. Les mois suivants le malade eut des étourdissements, des poussées ganglionnaires, de nouveaux spasmes de la glotte, de la fièvre, 37°2 le matin, 38°5 le soir.

Ce tableau symptomatique persiste jusqu'en mai 1910 où un jour le malade fut terrassé par un effroyable spasme de la glotte.

Cure à Saint-Honoré. Pendant ce séjour son pouls oscille entre 100 et 120.

En septembre 1910, température vespérale autour de 37°7 ; puis elle s'accrut et le malade s'aperçoit qu'il a maigri de 17 kilogs.

Séjour en Suisse, la fièvre tombe en novembre, mais les étourdissements persistent, le pouls parfois arythmique reste entre 100 et 130 en général, de temps en temps à 50 et 40.

En janvier 1911. — Grippe traitée à l'hôpital Dubois ; pas de B. K. dans les crachats.

En mars 1911. — Température à 38 et 39.

En juin on s'aperçoit que le foie est gros et dur, que la rate est perceptible à la palpation ; tous les soirs se fait une poussée thermique.

La réaction de W. est négative.

En juillet 1912 l'état fébrile s'accroît 38°3 le matin, 39°5 le soir. Des applications de radiothérapie restent sans efficacité. L'état général devient de plus en plus mauvais. Le foie énorme descend plus bas que l'ombilic, il est dur, bosselé, vallonné, hérissé de saillies que séparent des dépressions marquées, il répond au « foie ficelé ».

Une deuxième réaction de W. est fortement positive.

Le traitement immédiatement institué manifeste son efficacité tout d'abord contre la fièvre qui baisse rapidement.

La température devient normale. Le traitement a consisté en une série de Biiodure de Hg. et de 0,20 d'hectine.

Obs. VII. — CASTAIGNE (*Bulletin Médical*, 20 octobre 1912).

De Strasbourg un malade est envoyé à Vichy en raison d'un ictère chronique. Le médecin qui l'examine à Vichy frappé par l'état cachectique du malade, le déclare atteint d'un cancer de la tête du pancréas et lui conseille de quitter la station thermale.

Le foie occupait toute la moitié droite de la cavité abdominale et atteignait la symphise pubienne ; sa surface ne portait ni saillies ni dépressions ; l'organe était simplement très volumineux et dur.

Dans le flanc gauche rate énorme, pas d'ascite, pas de circulation collatérale.

Le malade dit avoir contracté la syphilis il y a 25 ans.

La fièvre oscillait entre 38 et 38°,5.

On pratique 10 piqûres de benzoate de Hg. à 0,02 et 10 piqûres d'hectine à 0,20.

Dès la première semaine le malade est très amélioré. La fièvre a disparu.

Obs. VIII. — GLASER (*Berl. Klin. Woch.*, 30 juin 1913)

Une femme présente après un accouchement une forte fièvre intermittente. Après un mois de fièvre on s'aperçoit que le foie est augmenté de volume, que la rate est très grosse. Les autres organes ne montrent rien à l'examen. Le mari de la femme avoue être syphilitique, et la bactériologie permet d'éliminer la malaria, le typhus, etc. etc.

Une réaction de W. fut négative, et le médecin de la famille s'est décidé après avoir pris conseil d'un confrère, de faire une cure antisypilitique (Salvarsan).

La fièvre, la tumeur de la rate et du foie disparurent promptement et la santé devint parfaite.

Obs. IX. — GLASER (*Berl. Klin. Woch.* 30 juin 1913).

Malade admise sept fois à l'hôpital de 1907 à 1909 pour une fièvre continue, a subi successivement et sans succès de

multiples opérations destinées à supprimer l'hyperthermie, laparatomie exploratrice, dilatation anale, ablation de l'ethmoïde, trépanation des sinus frontaux.

L'apparition d'une plaque muqueuse sur la langue et d'une tuméfaction de la rate firent rattacher les accidents à leur véritable cause et instituer un traitement qui jugula la fièvre et permit un engraissement de 12 kilogs.

Obs. X. — ARNOLD NETTER (*Soc. Méd. Hôp.*,
17 novembre 1916)

Une dame d'une quarantaine d'années présente tous les jours, à la même heure, des accès fébriles, commençant par des frissons et se terminant par des sueurs.

La rate était augmentée de volume et descendait plus bas au moment des accès.

On pense à une fièvre intermittente. Pas d'hématozoaire dans le sang. Le traitement par la quinine institué à plusieurs reprises reste sans succès et la malade maigrit progressivement.

Un de ses enfants ayant un mal de Pott, un deuxième ayant fait une hémoptysie, on attribue la fièvre à une tuberculose fruste.

Il y a deux mois, la malade se plaint de douleurs articulaires siégeant surtout dans les pieds et les genoux. A la même époque apparition à la partie moyenne de la clavicule gauche d'une tuméfaction du volume d'une mandarine, bosselée, présentant des points ramollis. Il s'agissait d'une gomme syphilitique.

Le mari de cette dame était mort P. G. en janvier 1915.

La fièvre n'avait pas cessé de se manifester avec son allure quotidienne, sa poussée sudorale. La rate était très volumineuse.

Après la deuxième injection de benzoate de Hg. la fièvre avait disparu et trois semaines plus tard la malade était transformée. La rate était réduite de plus des trois quarts.

La réaction de W. avait été fortement positive.
Les accès de fièvre avaient duré près de vingt ans.

Obs. XI. — ARNOLD NETTER (*Soc. Méd. Hôp.*,
17 novembre 1916)

Homme de 30 ans, avait depuis plus de six mois une fièvre rémittente avec poussées sudorales très pénibles.

On avait pensé chez lui à une typhoïde, une fièvre de malte. Aucun de ces diagnostics n'avait été confirmé par le laboratoire.

Plusieurs mois après le début de la fièvre, il avait ressenti des douleurs à l'union d'une côte et d'un cartilage costal, puis à l'extrémité d'une phalange.

Le malade est envoyé consulter sir Almroth Wright de Londres. Là on fait une réaction de W. qui est positive.

Le malade reconnaît avoir eu la syphilis il y a dix ans et suivait un traitement depuis.

Une nouvelle série de piqûres prouva par ses effets heureux [et rapides que les accès fébriles étaient cependant d'origine syphilitique.

Obs. XII. — A VAHRAM (*Soc. Méd. Hôp.*, 2 février 1917)

Femme de 30 ans qui, depuis cinq mois, présente des accès fébriles quotidiens survenant entre 2 et 3 heures.

Elle est prise d'abord d'un frisson suivi d'hyperthermie atteignant jusqu'à 40°5, à laquelle succède une transpiration très abondante.

Cette femme a été soignée par les sels de quinine et par l'arsenic qui n'ont amené aucune amélioration.

La malade se plaint d'asthénie prononcée, d'inappétence, de vertiges ; elle a maigri notablement.

Le foie et la rate sont légèrement augmentés de volume, on trouve quelques plaques leucoplasiques dans la bouche.

Rien dans ses antécédents héréditaires.

Comme antécédent personnel, la malade raconte avoir

été élevée par une nourrice reconnue syphilitique par la suite.

La malade était chétive et couverte d'éruptions pendant son enfance.

A l'âge de 23 ans elle a eu un enfant mort de méningite un an après sa naissance.

La réaction de W... a donné un résultat ultra-positif.

La malade soumise à la médication spécifique (mercurielle et arsenicale) a vu au bout d'un temps très court disparaître les accès fébriles et toutes les autres manifestations. Elle a augmenté de 6 kilogs en 2 mois et présentait après le traitement un état général excellent.

Obs. XIII. — A. WAHRAM (*Soc. Méd. Hôp.*, 2 février 1917)

M. A..., âgé de 40 ans, a eu des accès paludiques jusqu'à l'âge de 23 ans. Plus d'accès fébriles depuis 1900.

En 1906, chancre induré de la verge, traité par frictions mercurielles.

Il se présente à la consultation de Boucicaut en octobre 1916 pour des accès fébriles se répétant tous les jours vers 3 ou 4 heures et se terminant vers 11 heures ou une heure du matin.

Ces accès débutent par un frisson, puis vient l'hyperthermie et enfin une forte transpiration.

Le début de la maladie remonte à 25 jours.

La rate est volumineuse et sensible, le foie déborde les fausses côtes d'un travers de doigt.

Le malade se plaint de céphalée, n'a pas d'appétit, a maigri et ne peut plus travailler.

Pas d'hématozoaires dans le sang. La réaction de W... est fortement positive.

On lui fait tous les jours une injection intraveineuse de 2c³ de sulfhydrargyre ; dès les premières piqûres l'état général s'améliore, la fièvre disparaît et le malade reprend bientôt sa vie normale.

Obs. XIV. — A. WAHRAM (*Soc. Méd. Hôp.*, 2 février 1917)

M. K..., 38 ans, vient consulter à Boucicaut pour amaigrissement progressif, fièvre survenant le soir, sueurs profuses, céphalalgie.

Il a maigri de 12 kilogs en 8 mois. Il tousse et crache légèrement.

A la percussion, submatité du sommet droit et l'auscultation révèle une légère induration de ce sommet. On trouve quelques ganglions cervicaux ; la rate est appréciable.

A l'examen radioscopique légère opacité du sommet droit.

Pas de B. K. dans les crachats.

Le malade nie tout antécédent spécifique. La réaction de W... est positive.

On le soumet à la médication sulfo-hydrargyrique en injections intra-musculaires quotidiennes.

Dès les premiers jours amélioration considérable de l'état du malade.

Obs. XV. — A. GILBERT, M. CHIRAY, ALFRED-COURY

(*Soc. Méd. Hôp.*, 18 mars 1921)

B..., 34 ans, contracte la syphilis en 1908.

En février 1914, fièvre (37°5 à 38) sueurs nocturnes, insomnie, toux, dyspnée, inappétence, amaigrissement.

Après 14 mois d'une triple cure de repos, d'air et d'alimentation supplémentaire, l'état ne se modifie pas et la fièvre ne discontinue pas un seul jour. Pouls rapide et instable (110 à 125).

21 octobre 1915 : Etat stationnaire, gros frottements pleuraux s'étendant de la région mamelonnaire droite à la colonne vertébrale.

Les dimensions du foie sont normales. T. A. 13-7 (Pachon).

19 avril 1916 : Nouvelle douleur thoracique base gauche avec des frottements pleuraux.

19 juin 1916 : La température qui a résisté aux antithermiques usuels est plus élevée et atteint 39° : Les urines sont foncées, pas d'albumine, pas de pigments biliaires, réaction de Hay positive. Le foie déborde de quatre travers de doigts le rebord costal, il est dur mais régulier; la rate dure dépasse de deux travers de doigt les fausses côtes. Le foie et la rate sont indolores; pas d'ictère, mais teinte terreuse des téguments.

Zona récidivant partie postéro-externe de la cuisse.

Réaction de W... très fortement positive; légère hyperleucocytose.

6 juillet 1916 : traitement mercuriel intensif.

10 juillet 1916 : La température qui depuis le mois de février 1914 n'avait jamais atteint la normale, ne dépasse pas le soir 37°1, en quelques jours elle ne dépasse plus 37° et se maintient définitivement à la normale.

31 juillet 1916 : Température entre 36°5 et 37°, matité hépatique de 15 centi, rate diminuée de volume, Hay négatif.

6 janvier 1917 : Apyrexie absolue. Foie et rate difficilement perceptibles. Le malade a repris 6 kilogs. W... très positif.

2 janvier 1921 : La fièvre n'a point reparu, état général excellent. Foie indolore, W... négatif dans le sang et le liquide céphalo rachidien. Urines normales. Pas d'ictère.

Obs. XVI. — A. GILBERT, M. CHIRAY, ALFRED-COURY

(*Soc. Méd. Hôp.*, 18 mars 1921)

S..., habitant Alexandrie présente depuis juin 1914 une fièvre persistante presque continue avec exacerbations vespérales atteignant parfois 40°. A des périodes fébriles de plusieurs mois durant lesquelles la température affectait différents types: intermittent à petites oscillations, à grandes oscillations; rémittent succédaient de rares périodes de rémission, toujours incomplète et dépassant rarement quelques semaines, après lesquelles la température atteignait de nou-

veau les chiffres élevés de 39°, 39°5 et quelquefois 40°. Certaines ascensions thermiques étaient accompagnées ou suivies de transpirations assez abondantes.

Le malade n'a maigri que de 5 kilogs pendant ces 6 années de fièvre. Son appétit était resté bon, ses forces et son activité peu atteintes.

Réaction de W... négative.

Traitement antipaludéen, puis antiambien sans résultats.

Le foie est augmenté de volume et légèrement douloureux.

Une nouvelle réaction de W... est fortement positive.

Le 9 août 1920 : première injection de cyanure de Hg. Le malade se fait opérer le 19 août : ablation de la vésicule qui ne contient ni pus ni calcul ; foie à surface parsemée de nombreuses saillies de la grosseur d'une petite noix réunies entre elles par des raghades. Il s'agissait nettement d'un foie syphilitique.

Dans les huit jours qui ont suivi l'intervention, la température est restée à 38°-38°5.

Au troisième jour après l'intervention institution du traitement antisiphilitique (cyanure).

Quatre à cinq jours après la température cède et ne repart plus.

Obs. XVII. — A. GILBERT, M. CHIRAY, ALFRED-COURY
(*Soc. Méd. Hôp.*, 18 mars 1921)

Ahr... 49 ans, n'a eu d'autre maladie qu'une syphilis contractée en 1896. Il prend des pilules mercurielles, et fait une cure de frictions.

D'août 1896 à 1903 aucun traitement. En 1903 violents maux de tête ; il fait une cure de trois semaines à Uriage. Puis à chaque changement de saison il prend des pilules d'hectine et des pilules mercurielles.

En [1912, hémoptysie ; le malade passe quelques hivers

dans le midi. Mobilisé en août 1914, peu après hospitalisé à Bégin, B. K. dans les crachats, réforme.

Jusqu'en mai 1920 il semble se bien porter, mais il se sent fatigué, a perdu l'appétit et maigri. Température 39°, il s'alite.

19 octobre 1920 : le malade a une fièvre continue depuis 54 jours qui résiste au repos absolu, à l'aspirine, au pyramidon. Cette fièvre continue à recrudescences vespérales est accompagnée de sueurs.

L'amaigrissement s'est accentué depuis trois semaines. La toux devient fréquente. Pas de signes stéthoscopiques nets. Pas de B. K. dans les crachats homogénéisés.

Le foie déborde le rebord costal de deux travers de doigts, il est lisse, indolore, de consistance normale. La rate ne paraît pas grosse.

Urines normales, pas d'ictère. Le W... est positif.

Le 24 octobre 1920 : le malade reçoit à deux heures 0gr.015 de cyanure intraveineux ; à 6 heures frisson très violent. Température 40° 3.

Après six piqûres mercurielles le malade est soumis au traitement arsénical à doses progressives.

Depuis près de cinq mois sa température n'a jamais dépassé 37°. Le malade a repris huit kilogs en trois mois.

Obs. XVIII. — A. GILBERT, M. CHIRAY, ALFRED-COURY
(*Soc. Méd. Hôp.*, 18 mars 1921)

P. E... 33 ans. Bien portant jusqu'en mars 1917. Le sujet contracte le paludisme et la dysenterie à l'armée d'Orient.

En août 1917 évacué en France et réformé pour blessure de guerre. D'octobre 1917 à juin 1920, accès fébriles intermittents, diarrhée chronique. De juin à octobre 1920 l'état s'aggrave. Poussée aiguë de dysenterie, après quelques jours la diarrhée cesse, mais la fièvre devient quotidienne, l'état général décroît rapidement.

Premier séjour à l'hôpital : de octobre 1920 à janvier 1921.
Traitement intensif à l'émétine, 16 ponctions du foie.

Séjour à l'hôpital de la Charité à partir du 6 janvier 1921.

Etat général mauvais, teint pâle, anémié, le sujet a maigri de 25 kilogs en six mois. La fièvre est continue, oscillant entre 38 et 39° 5.

Le malade a pris de fortes doses de quinine.

Foie très augmenté de volume, son bord supérieur remonte à un centimètre au-dessous du mamelon, le bord inférieur dépasse de trois travers de doigt le rebord costal sur la ligne mamelonnaire. La surface débordante paraît peu irrégulière, dure, très peu douloureuse, l'extrémité droite du lobe droit paraît plus hypertrophiée que le reste de l'organe.

On n'observe ni ictère, ni ascite, ni circulation veineuse, ni hémorragie.

La rate est augmentée de volume.

Equilibre leucocytaire. Pas d'hématozoaires dans le sang.

Examen des urines, ni albumine ni sucre, traces d'urobiline.

Diagnostic et Evolution. — Un traitement de huit jours de quinine — uréthane en injections sous-cutanées de 0.80 entre le 26 janvier et le 3 février, ne modifie en rien la fièvre ni l'état hépatique.

Traitement mercuriel de réactivation du 3 au 14 février (biiodure de Hg).

Le W... est négatif, mais l'état du malade se modifie de façon curieuse.

La fièvre cesse complètement, l'appétit reprend, l'état général s'améliore avec une telle rapidité que le malade passe de 47 à 49 kilogs en 10 jours.

Le traitement est cessé pendant huit jours du 14 au 21 février à cause de la stomatite. La fièvre reprend, les troubles digestifs reparaissent, les forces et le poids diminuent.

Traitement repris le 21 février, injections intra-veineuses de novarsénobenzol (0,15, 0,30, 0,45, 0,60).

Dès la première piqûre la fièvre tombe définitivement.

Le malade sort de l'hôpital le 14 mars susceptible de pouvoir reprendre son travail.

Obs. XIX. — R. HIRSCHBERG et A. RAICHLINE

(*Bulletin Général de Thérapeutique*, 30 juin 1894, page 556)

M. X... âgé de 45 ans, pas de maladie dans l'enfance, a eu plusieurs blennorrhagies.

En 1885, infection syphilitique. Le chancre a passé inaperçu, roséole, plaques muqueuses dans la bouche. Traitement incomplet et de courte durée (pilules de Ricord).

Jusqu'en 1893 santé parfaite.

Le 21 août 1893 le malade ayant eu très chaud et soif, but rapidement un demi-litre de bière froide. Le soir même il fut pris de coliques, de diarrhée, d'inappétence et de pesanteur dans le ventre.

Le lendemain les troubles gastro-intestinaux persistent : malaise général, fièvre légère, pas de céphalalgie. On croit à une fièvre typhoïde.

A partir de ce moment, le malade présente le tableau clinique suivant : Fièvre continue avec exacerbations vespérales, troubles gastro-intestinaux, diarrhée intermittente, météorisme, gargouillement dans la fosse iliaque droite, inappétence, abattement général, pas de céphalalgie, absence de taches rosées, absence d'état saburral de la langue. Rien aux poumons ni au cœur ; la rate n'est pas augmentée mais sensible à la palpation.

Le foie est augmenté, son bord inférieur dépasse le rebord costal, le lobe droit d'un travers de doigt, le lobe gauche de quatre. Cet organe est douloureux à la pression.

Les urines sont chargées d'urates, ni sucre ni albumine. Le malade maigrit et s'affaiblit rapidement ; des sueurs nocturnes surviennent à partir du troisième jour de la maladie.

La couleur de la peau devient d'un jaune terreux ; sauf les forces du malade qui déclinent à vue d'œil, l'état reste stationnaire.

Entre le 5 et le 9 septembre, le malade se sent mieux et commence à sortir. Du 9 au 14 septembre nouvelle aggravation avec une fièvre à 39°, 3. Du 14 au 20, état subfébrile.

A partir du 20 septembre nouvelle recrudescence de la fièvre qui monte jusqu'à 39°, 7.

Depuis le 26 août le malade prenait 0 gr. 80 de chlorhydrate de quinine par jour et on pense à une forme atypique de fièvre paludéenne. La quinine n'arrive point à réduire la fièvre.

Le 28 septembre, le malade est réduit presque à l'état de squelette, les traits sont tirés, les yeux excavés, la coloration de la peau d'un jaune terreux ; sueurs nocturnes et diurnes, insomnie. La voix est chevrotante, le moindre effort fatigue le malade, l'appétit est nul.

A l'examen : intégrité absolue des organes thoraciques.

A l'abdomen on trouve : météorisme, douleur à la pression dans la région épigastrique. A la percussion du foie on constate une augmentation de cet organe surtout du lobe gauche qui dépasse de quatre travers de doigts le bord costal.

Pas de douleur spontanée dans la région hépatique qui est cependant légèrement douloureuse à la pression. La surface du foie n'est pas mamelonnée, le bord inférieur n'est pas tranchant.

La rate accessible à la palpation est douloureuse au toucher.

Tendance à la constipation ; la langue n'est pas chargée.

La température est de 39° 3 le matin 38° 5 le soir. Le pouls 100, 110 régulier, mais petit, facile à comprimer.

Le malade reconnaît avoir eu une affection syphilitique il y a huit ans. On le soumet au traitement mixte : dix grammes d'onguent napolitain en frictions et trois grammes de de K I par jour.

Après sept jours de traitement la fièvre commence à baisser graduellement ; tous les symptômes s'atténuent et l'état général s'améliore à vue d'œil.

Quinze jours après le début du traitement la fièvre a complètement disparu. la tuméfaction du foie diminue et son bord inférieur ne dépasse plus le rebord costal.

L'appétit est féroce, le malade fait journellement des promenades à pied.

Au bout de vingt jours le malade peut être considéré comme guéri.

Actuellement, dix mois après le début de la maladie, il a recouvré toutes ses forces et pèse de nouveau 90 kilogs comme avant de tomber malade.

Obs. XX. — J. DUMONT (*Soc. Méd. Hôp.* 4 novembre 1921).

Le nommé B... J., 46 ans, forain, est envoyé à l'hospice de Brévannes le 8 avril 1921 pour un emphysème bilatéral avec crises bronchitiques très fréquentes.

A. H. — Père mort subitement il y a 20 ans; Mère morte il y a six mois d'un érysipèle de la face, était asthmatique, toussseuse, pas d'hémoptysies connues.

Un frère bien portant. Une sœur morte à l'âge de deux ans.

A. P. — Pas de maladies d'enfance.

S'engage à 18 ans en 1893 à la Légion Etrangère. Fait les campagnes du Tonkin et du Dahomey.

A 19 ans contracte la syphilis au Tonkin, chancre dans la rainure balano-préputiale, roséole intense. Traitement par pilules pendant sept à huit mois, depuis pas de traitement.

Contracte également un paludisme léger (pas d'hospitalisation).

Retour en France en 1898, depuis cette date accès fébriles irréguliers tous les trois ou quatre mois qu'il rapporte à son paludisme.

B... se marie à une femme bien portante dont il a eu neuf

enfants, huit sont morts à la naissance ou dans les premiers mois. La sixième a vécu jusqu'à deux ans et demi, morte écrasée.

Le malade reconnaît des habitudes éthyliques très marquées : 12 absinthes par jour aux colonies, puis deux ou trois litres de vin en France.

Mobilisé en 1914. — Campagne du Maroc de 1914 à juin 1915. Dysenterie légère, deux selles sanglantes par jour, traitée et guérie par le bismuth en 8 jours. Evacué en France pour faiblesse générale.

En novembre 1918. — Bronchite contractée à Saint-Quentin ; le malade est évacué à Saint-Marcellin, et démobilisé.

Début de la maladie. — Vers la fin de 1919. A cette époque le malade ressentait des points en arrière à la base de chaque poumon, toussait beaucoup, mangeait très peu.

Il ne pouvait supporter ni vin, ni alcool, mais il buvait beaucoup de bière, de limonade, de tisane.

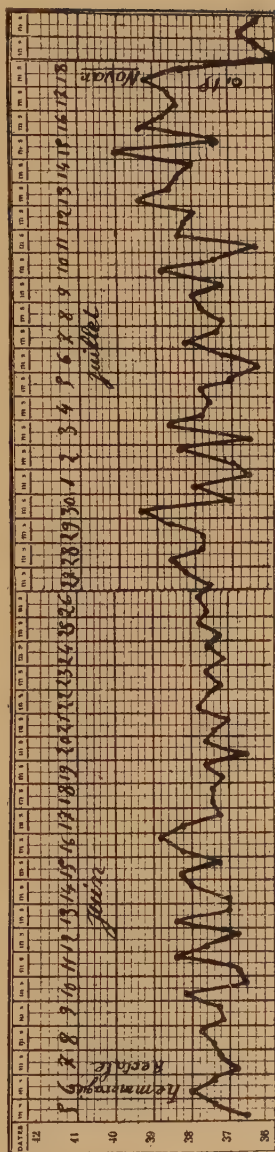
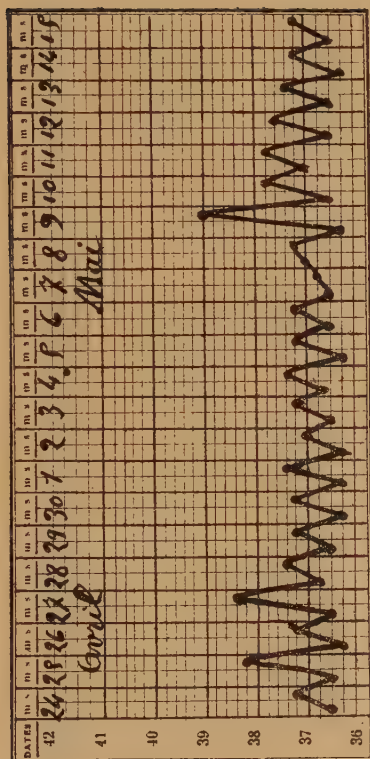
Obligé de s'arrêter il consulte et on le soigne avec différentes potions. Pendant un an, rien de particulier si ce n'est une faiblesse progressive qui détermine le malade à rentrer à Laennec le 1^{er} avril 1921, de là il est envoyé au Sanatorium de Brévannes le 8 avril 1921 avec le diagnostic : « Emphyseme avec signes de sclérose sommet gauche. Bon état général ».

Examen et évolution. — Le malade a un facies pâle terreux, conjonctives légèrement subictériques, appétit conservé, digestions bonnes. Rien au cœur. Aux poumons signes de bronchite généralisée.

L'abdomen est un peu météorisé : le foie indolore, de consistance normale, dépasse de deux travers de doigts le rebord des fausses côtes sur la ligne mamelonnaire.

Sous l'influence du repos et d'un traitement symptomatique, la bronchite récidivante semble s'améliorer et le poids augmente peu à peu.

Toutefois la courbe thermique est irrégulière : elle s'élève



Courbes de l'Observation XX (Page 43)

fréquemment autour de 38° le soir. Il n'existe cependant aucun signe clinique ou radiologique de sclérose pulmonaire tuberculeuse ; l'examen des crachats est négatif.

L'état du malade s'aggrave peu à peu ; la courbe thermique s'élève à certains moments à 39° accompagné de quelques frissons, puis retombe à 37 ou 38 quelques heures après.

L'examen du sang fait en plein accès ou le lendemain n'a jamais montré d'hématozoaires même après homogénéisation dans l'alcool au tiers. La formule leucocytaire est normale, sans mononucléose, sans éosinophilie.

La rate n'est pas tuméfiée.

Du 27 juin au 18 juillet nous voyons se déclarer un syndrome très spécial indiquant une atteinte de la glande hépatique. Le météorisme abdominal augmente considérablement, l'ombilic tend à se déplier, on observe quelques veines dans la région inférieure de l'abdomen, il existe une légère ascite libre.

Le foie volumineux atteint la ligne ombilicale, il est dur, très régulier, douloureux au palper. La rate n'est pas grosse.

Cette hépatite est fébrile. La température est irrégulière, oscillant au tour de 38°, puis autour de 39° elle atteint enfin 40° le 15 juillet. Cette fièvre ne s'accompagne pas de sueurs, le pouls est relativement peu fréquent à 100 et bien frappé, la T. A. est à 16 — 7 (Pachon).

Il existe des signes hémorragiques d'insuffisance hépatique. Les gencives sont saignantes, les épistaxis fréquentes, on note quelques taches purpuriques sur les membres inférieurs.

Les hémorragies rectales sont fréquentes et importantes, du type hémorroïdaire, bien que le toucher ne montre aucune lésion évidente de la muqueuse.

Les urines sont rares et rouges, riches en urobiline. Réaction de Hay négative.

Les matières ne contiennent pas de kystes amibiens.

On ne constate aucun stigmate de syphilis nerveuse artérielle ou cutanée, la cicatrice du chancre est peu nette, mais la réaction de W... est franchement positive dans le sang (I. Pasteur).

Le 18 juillet 1921 le malade reçoit une injection sous-cutanée de 0,15 de novarsénobenzol. L'effet sur la fièvre est immédiat. La température descend en chute brusque à 36°.

Dix piqûres de novar. sous-cutanées à 0,15 sont pratiquées du 18 juillet au 7 août.

Huit injections de biiodure de Hg du 17 au 29 août.

Sous leur influence la crise polyurique s'établit et atteint deux litres ; le météorisme abdominal s'atténue progressivement. L'ascite disparaît et le poids s'abaisse de 50 kilogs à 47,500.

Le foie diminue rapidement de volume et devient indolore.

Toutes les hémorragies cutané-muqueuses disparaissent sauf les hémorragies rectales plus tenaces dont les dernières remontent à la fin de septembre et n'ont cédé qu'à des lavements de sérum gélatiné.

Le 10 octobre 1921, le malade considérablement amélioré ne présente plus de météorisme abdominal, le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes sur la ligne mamelonnaire ; il est dur et on sent facilement son bord inférieur sans encoche mais émoussé.

La température malgré les récidives de la bronchite chronique est régulière et normale ; les accès fébriles ont complètement disparu.

Du 8 octobre au 15 décembre, le malade reçoit une série d'injections intraveineuses de novarsénobenzol, une de 0,15 quatre de 0,30, une de 0,45. Après les 3^e, 4^e et 5^e injections la température s'élève aux environs de 38° le soir pour retomber à la normale le lendemain.

Le 25 décembre 1921, le malade a repris son poids normal de 50,500, son état général est excellent. Par contre le foie

est toujours dur, à bord inférieur mousse débordant d'un travers de doigt le rebord costal, ne paraissant pas pouvoir régresser davantage ; mais il n'est pas douloureux.

La température est normale ; le malade quitte le sanatorium Landouzy le 28 décembre en état de pouvoir reprendre son travail.

Obs. XXI. — LEJARS (*Semaine Médicale*, 11 mars 1914)

Malade âgée de 30 ans, amaigrie, ictérique, souffrant depuis 6 mois de douleurs intenses se répétant par crises et s'accompagnant de brusques ascensions thermiques à 38°9, 39.

Au cours des dernières semaines la fièvre apparaissait chaque soir.

Sur le bord antérieur du foie, dans la zone vésiculaire, on percevait et l'on voyait même soulevant la paroi amincie, une masse vaguement arrondie grosse comme une orange, de consistance ferme et sensible au palper.

On pense à une cholécystite calculuse et à l'opération on découvre une tumeur blanchâtre dure occupant le bord antérieur du foie et la partie adjacente de la face convexe ; la vésicule était normale.

Cette malade ne portait aucune trace de syphilis. Le traitement spécifique amena la guérison.

Dix ans plus tard cette malade présente une gomme du tibia qui disparaît très vite après un traitement spécifique. Depuis lors, nulle autre manifestation.

Obs. XXII. — A. CADE (*Soc. Méd. des Hôpitaux de Lyon*, 13 décembre 1921)

J. A..., âgée de 56 ans, entre dans notre service le 12 mai 1921.

Elle y est envoyée par son médecin pour albuminurie et gastrite. Son albuminurie a été découverte il y a 19 ans, au

cours d'un état aigu. Le cœur est un peu gros; pas de galop, mais souffle systolique mitral.

Les troubles dyspeptiques consistent en anorexie, nausées, quelques vomissements. La palpation de la région gastrique est pénible. La radioscopie montre simplement une légère hypertrophie du cœur gauche; l'estomac est allongé, avec un peu de dilatation du bas-fond, et montre surtout un spasme segmentaire médio-gastrique qui cède assez rapidement.

Le 28 juillet surviennent des douleurs d'estomac assez vives. La température atteint 39°. Le foie est trouvé un peu gros, et surtout nous notons une masse dure et douloureuse à la pression correspondant assez bien à la région vésiculaire. Il y a un gros disque d'albumine dans l'urine.

Tous les jours suivants la température se maintient entre 38°,2 et 39°,5. Albuminurie. Urine haute en couleur. Le foie, très hypertrophié, descend jusqu'au niveau de la crête iliaque. Il est uniformément dur et douloureux; pas d'ascite. La rate est un peu hypertrophiée; sa matité verticale est de deux à trois travers de doigt.

Le 3 août, la malade raconte qu'elle a eu la syphilis à 21 ans et qu'elle a été traitée pendant trois mois seulement par l'injection d'une préparation mercurielle.

Nous faisons pratiquer le jour même et le lendemain une injection intra-musculaire de 0,02 cent. de biiodure de mercure. La température descendit aussitôt progressivement. Le troisième jour, elle n'est plus que de 38°,2 le soir. Le quatrième jour, troisième injection d'une même dose de biiodure de Hg, et le sixième jour après le début du traitement la température est redevenue normale, et cela de façon définitive. L'albuminurie a totalement disparu; les douleurs de la région hépatique ont diminué. Le foie reste gros, mais on ne sent plus la tuméfaction dure et arrondie initialement perçue.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative. Un traitement par les injections intra-veineuses de doses prudentes de norvarsénobenzol succède à la cure mercurielle.

L'amélioration continue ; la malade engraisse de 2 kilogs et elle peut quitter le service ne gardant qu'une hypertrophie modérée du foie qui ne dépasse plus le rebord costal que d'un travers de doigt, mais reste un peu dur.

CONCLUSIONS

1) Il peut exister au cours de la syphilis tertiaire du foie des accidents fébriles d'allure très prolongée dont nous avons pu colliger 22 observations.

2) Cette fièvre se présente tantôt sous une allure continue, tantôt sous une forme intermittente ou rémittente. Le plus souvent elle est irrégulière, indescriptible et analogue à la fièvre de certaines tuberculoses aiguës.

3) Elle résiste à tous les antithermiques habituellement employés, mais cède en général très rapidement à un traitement spécifique arsenical ou mercuriel.

4) Elle accompagne souvent une hépatite du type hypertrophique généralisée, parfois une hépatomégalie monolobaire, parfois la splénomégalie seule est apparente et peut faire croire à l'existence d'un syndrome de Banti.

5) Cette fièvre liée à l'hépto-syphilis est la cause d'erreurs fréquentes de diagnostic. C'est dans ces cas que l'on a pu penser à la tuberculose, à l'amibiase, au paludisme, la confusion est même fréquente avec la cholécystite suppurée. Aussi y a-t-il lieu toutes les fois

que le diagnostic d'une hépatite fébrile n'est pas évident, de tenter un traitement d'épreuve prudent mais suffisamment prolongé même si la réaction de Bordet-Wassermann est négative.

6) Sous l'influence du traitement la fièvre tombe très rapidement, mais la régression de l'hépatosplénomégalie n'est pas constante par suite d'une sclérose définitive des viscères lésés.



Vu, le Doyen,

H. ROGER

Vu, le Président,

GILBERT

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

BROUARDEL, GILBERT. — Traité de médecine et de thérapeutique.

BAELLANT. — *Thèse de Paris*, 1912.

BOIX. — Syphilis du foie chez l'adulte. (*Archives générales de Médecine*, 26 mai 1903).

CAUSSADE et MELIET. — Cirrhose syphilitique. (*Soc. Méd. Hôp.* 20 oct. 1905).

CASTAIGNE. — Les cirrhoses syphilitiques. (*Bulletin Médical* 20 octobre 1912).

COURY. — Hépatite syphilitique tertiaire ayant simulé pendant deux ans une tuberculose pleuro-pulmonaire. (*Soc. Méd. Hôp.* 16 mars 1917).

CAIRE. — Contribution à l'étude clinique de la syphilis tertiaire scléro-gommeuse du foie. Du diagnostic de l'hépatosyphilis tertiaire. (*Thèse de Lyon* 1901).

CHIRAY et ALFRED COURY. — La syphilis fébrile. (*Presse Médicale*, 28 décembre 1921).

CHAUFFARD. — Maladies du foie et des voies biliaires. (*Traité de Médecine Charcot, Bouchard, Brissaud*, Tome V).

CADE. — Hépatite syphilitique à forme fébrile. (*Société Médicale des hôpitaux de Lyon*, 13 décembre 1921 et *Presse Médicale*, 21 déc. 1921).

DUMONT J. — Hépatite syphilitique fébrile. (*Soc. Méd. Hôp.* 4 novembre 1921).

DELAVARENNE. — Syphilis du foie chez l'adulte. (*Thèse de Paris* 1789).

EDHEM. — Fièvre syphilitique tertiaire dans un cas de tabes gastrique. (*Soc. Méd. Hôp.* 4 août 1921).

FLEXNER. — *New-York médical Journal*. Janvier 1902.

FOURNIER. — Traité de la syphilis. Période tertiaire.

GERHARDT. — La syphilis du foie chez l'adulte. (*Semaine Médicale* 1898).

GILBERT, CHIRAY, COURY. — Syphilis tertiaire du foie à forme hypertrophique fébrile. (*Soc. Méd. Hôp.* 18 mars 1921).

GLASER. — *Berliner Klin. Woch.* 30 juin 1913.

HÉRARD. — Foie d'un sujet mort de syphilis. De la syphilis du foie. (*Soc. Méd. Hôp.* 23 avril 1864).

HIRSCHBERG et RAÏCHLINE. — Hépatite syphilitique simulant au début une fièvre typhoïde. (*Bulletin général de thérapeutique* 1894).

HANOT. — Hépatite syphilitique. (*Presse médicale*, sept. 1896).

HUBER. — Ein Fall von Syphilitischen Leberfieber. (*Thérapie des Gegenwart* 1911 n° 2).

KLEMPERER. — Veber Fieber bei syphilis der Leber (*Zeitschrift für Klin. med.* 1904, Bd 55).

KIRGHEIM. — Kliniker verlauf und pathologisch-anatomiker Befund bei zwei Fällen von tertiarer fieberhafter Leberlues. (*Deutsche med. Woch.* 1911 n° 4).

LEJARS. — Les grosses tumeurs syphilitiques du foie. (*Semaine médicale*, 11 mars 1914).

LACOMBE. — Accidents de la syphilis hépatique chez l'homme. (*Thèse de Paris*, 1873).

MIGLIORATO. — Febbre intermittente da sifilide del fegato. (*Settimana medica dello sperimentale*, 26 novembre 1898).

MAC CRAE. — Syphilis hépatique tertiaire. (*Annales des*

maladies vénériennes 1915 page 688 et *Bul. of Johns Hopkins Hospital Baltimore* XXVI May 1915. N° 291 page 125).

MAURIAC. — *Journal des Praticiens*, 1888.

NETTER. — Fièvre à allure intermittente d'origine syphilitique (*Soc. Med. Hôp.* 17 novembre 1916).

WAHRAM. — Fièvre intermittente frustre d'origine syphilitique. (*Soc. Med. Hôp.* 2 février 1917).

Saint-Amand (Cher). — Imp. A. CLERC
